

ALLEGATO B

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data _____
è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7
giorni su 7.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)